

## SUPERWIZJA W KSZTAŁCENIU PSYCHOTERAPEUTÓW<sup>1</sup>

### SUPERVISION IN PSYCHOTHERAPEUTIC TRAINING

Katedra Psychoterapii UJ CM

Kierownik p.o.: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

#### **supervision psychotherapeutic training**

*W artykule są opisane podstawowe zasady superwizji ze zwróceniem uwagi na odpowiedzialność superwizora za proces i efekty leczenia prowadzonego przez superwizowanego terapeuty. Autor sygnalizuje istnienie różnych niebezpieczeństw dla procesu leczenia płynących np. z nadmiernego zaangażowania się superwizora lub ze zbytnej zależności terapeuty od superwizora. Stawiane są ważne pytania dotyczące sposobu prowadzenia superwizji i jej roli w ogólnym kształceniu psychoterapeutów.*

**Summary:** Supervision of psychotherapy should be only one of the different aspects of psychotherapist's formation as well as the practice of an experienced psychotherapist. Its confrontational function seems to be a very important one, not only in a process of education but also in the everyday practice of qualified psychotherapists. Supervision of beginners is connected, however, with responsibility in viewing the treatment effects. At the same time, the responsibility in question is hard to hold owing the fact that the supervisor has no direct contact with the patients or clients. Along with other convictions concerning supervision mentioned in this paper, e.g. modelling proper therapeutic relationship, some of our expectations from supervision seem to be unrealistic.

Miejsce superwizji w procesie kształcenia psychoterapeutów, poprzedzającego uzyskanie certyfikatu PTP, jest powszechnie uznawane za bezdyskusyjne. Ale czy to uznawanie jej za optymalny sposób przekazywania kompetencji zawodowych jest rzeczywiście uzasadnione?

Pojęcie superwizji pojawiło się w 1920 r., gdy berliński psychoanalityk Max Eitington zaproponował tę formę kształcenia psychoanalityków [za: 1]. Spotkania, na których przedstawia się przebieg swojej pracy z pacjentami, miały stanowić niejako uzupełnienie własnej psychoanalizy. W tym samym okresie powstała — analogiczna — koncepcja grup Balinta. Za najważniejszy element szkolenia uznawana była jednak własna, „treningowa” terapia. Skądinąd, jeszcze na początku lat 90., European Association of Psychotherapy rozważało uznanie za wystarczające do wyszkolenia psychoterapeuty 2500 godzin jego psychoterapii lub psychoanalizy! Obecnie, własne doświadczenie procesu psychoterapeutycznego — terapia treningowa — wydaje się nieco odsuwane w cień, niektóre podejścia uznają je wręcz za niepotrzebne.

---

<sup>1</sup>Tekst został wygłoszony podczas XII Sympozjum Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu „Superwizja w psychoterapii” 13–15 maja 2010 r.

Natomiast superwizja jest uznawana za niezbędną część procesu kształcenia, mimo iż jej wartość nie została nigdy zweryfikowana i udowodniona [1]. Być może dlatego, że nie potrzebuje takiego udowodnienia, początkujący psychoterapeuci chyba wszędzie poszukują jej nawet bez zaleceń nauczycieli. Jest chyba jasne, że zdobywanie doświadczenia wyłącznie metodą prób i błędów, ocena zasadności pomysłów młodego terapeuty dopiero po efektach tych prób, stanowiłoby oczywiste zagrożenie zdrowia osób korzystających z psychoterapii.

Głównym motywem spotykania się osób dopiero rozpoczynających praktykę z superwizorem wydaje się przede wszystkim potrzeba uzyskania wsparcia, umożliwiającego wykorzystywanie wiedzy teoretycznej i umiejętności uzyskiwanych w innych fragmentach kształcenia, potrzeba podtrzymania w chwilach niepewności i zagubienia. Zarazem, jest to zazwyczaj jedyna okazja, w której psychoterapeuta może swobodnie mówić o swoim pacjencie i o swojej pracy z nim, o swoich emocjach i spostrzeżeniach, rozładować napięcie powstałe w terapii. Ale superwizja ma także zapewniać możliwość korzystania z wiedzy i umiejętności wysoce kwalifikowanych psychoterapeutów, ma dostarczać doświadczeń w budowaniu relacji terapeutycznej, kształtować sposób funkcjonowania w społecznej roli psychoterapeuty itp. Spotkania superwizyjne mają ułatwiać początkującym psychoterapeutom nauczenie się dostrzegania tego, co ważne w zachowaniach pacjenta. Uważa się także, że superwizja powinna zaspokajać terapeutę jego potrzebę kontaktu i związku [2], wielu bowiem terapeutów (zwłaszcza kształconych w orientacji psychoanalitycznej) nie ma okazji do wystarczającego zaspokojenia tych potrzeb w swoich pozazawodowych relacjach.

Chociaż głosi się, że powinna to być relacja partnerska i dąży się do ustanowienia takiej relacji, wydaje się to nieosiągalne. Superwizja z natury rzeczy jest poszukiwaniem przez kogoś mniej doświadczonego pomocy u „tego silniejszego”, superwizora, jest „relacją skośną”. Utrudnia to, a może nawet uniemożliwia powstanie partnerstwa i sprzyja pojawianiu się zależności.

Być może sytuacja superwizowania jest w gruncie rzeczy adekwatnym modelem relacji między kompetentnym terapeutą a pacjentem bezradnym w swoim cierpieniu, taki obraz rzeczywistości jest jednak bardzo odległy od powszechnych wyobrażeń o psychoterapii. W tych wyobrażeniach, skądinąd dotyczących w większej mierze pomagania niż leczenia, partnerska relacja terapeutyczna pełni przecież funkcję podstawowego czynnika zmiany, znacznie ważniejszego niż wiedza i kompetencje terapeuty. Tymczasem proces superwizji przypomina sytuację, w jakiej stawiany był średniowieczny czeladnik zdobywający kwalifikacje poprzez praktykowanie u mistrza.

Być może tak właśnie musi się dziać. Być może umiejętność dostrzegania złożoności przeżywania pacjenta i wielowarstwowości procesu oddziaływania wywieranego przez terapeutę wymaga takiego modelowania przez mistrza, superwizora. Ale czy taki system kształcenia nie wymusza zależności intelektualnej i emocjonalnej ucznia od mistrza i jego poglądów, nawet wówczas, gdy głównym (przynajmniej deklarowanym) celem superwizji jest — przeciwnie — stymulowanie niezależności, a superwizor nie jest osobą mającą szczególnie wybujałą potrzebę uzależniania?

Do takiej wnikającej zależności dochodzi zwłaszcza wtedy, gdy superwizja jest elementem kształcenia w ramach tylko jednego podejścia teoretycznego i sprowadza się do

ułatwiania superwizowanemu uzyskania zgodności jego funkcjonowania z wybranym zestawem założeń, posługiwania się językiem tej teorii w opisie mechanizmów dysfunkcji, procesu terapeutycznego itp. Czy zamiast stymulowania rozwoju terapeuty nie oznacza to indoktrynacji, zamykania go w kręgu jednej teorii, narzucania i utrwalania związanych z nią schematów poznawczych, utrudniając dostrzeganie rzeczywistości spotkania terapeutycznego [3–8]?

Wprawdzie przynależność do „szkoły”, zwłaszcza mającej prestiż i szacunek w środowisku, pełni ważną funkcję podtrzymującą, wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i pewności terapeuty, zarazem jednak w istotny sposób ogranicza jego krytycyzm i swobodę myślenia, nasila zależność, utrwała relację mistrz — uczeń. Ich związek, nieraz wieloletni, często prowadzi do bezwiednego kształtowania się adepta na obraz i podobieństwo superwizora. Czy taką superwizję można uznać za korzystną w procesie formowania psychoterapeutów? Zwłaszcza że często obserwuje się, jak taki jednostronny sposób kształcenia owocuje fundamentalizmem superwizowanych i zamiast zwiększania mądrości — oglupia.

Powstaje w związku z tym dylemat — czy pomoc superwizora powinna opierać się na dającej podtrzymanie zgodności poglądów, wartości, paradygmatów teoretycznych, czy nie jest — przeciwnie — korzystniejsza odmienność paradygmatów, jakimi kierują się superwizor i superwizowany, stymulująca rozszerzenie horyzontów? Nawet jeśli przyjąć, że superwizji nie musi towarzyszyć bardziej lub mniej bezwiedny proces indoktrynacji, nie jest wcale pewne, czy korzyści, jakie z niej wynikają, przeważają nad szkodami, jakie ewentualnie może spowodować.

Za jedną z najważniejszych korzyści wynikających z superwizji uważa się konfrontację poglądów terapeuty z poglądami nauczyciela, stwarzającą możliwość obiektywizacji przekonań terapeuty o tym, co jest źródłem zaburzeń, i o tym, co dzieje się na spotkaniach. Czy nie jest to jednak mit, którego utrwalenie utrudnia optymalizację procesu kształcenia?

Konfrontacja sposobu myślenia ucznia i jego nauczyciela jest czymś naturalnym i użytecznym, pomocnym w rozwoju zawodowym psychoterapeuty i zwiększającym szanse sukcesu terapii. Właśnie to uzasadnia zobowiązywanie początkujących terapeutów do superwizowania swoich przypadków. Ale czy w toku superwizji rzeczywiście możliwa jest obiektywizacja przekonań terapeuty dotyczących tego, co przeżywa pacjent i co dzieje się na spotkaniach?

Najczęściej superwizor dowiadyuje się o pacjencie (czy — częściej — o kliencie) i o przebiegu spotkań z nim z opowiadań terapeuty. Opieranie na nich jakichkolwiek przekonań dotyczących terapii jest jednak nieuprawnione, jej obraz jest z konieczności zniekształcony przez subiektywność i wybiórczość procesów poznawczych superwizowanego. Wiedza superwizora o pacjencie nie jest nawet pośrednia, jest w gruncie rzeczy jedynie wiedzą o obrazie, jaki powstał w umyśle terapeuty, a wnioski dotyczące zaburzeń i ich mechanizmów nie mogą mieć wystarczająco rzetelnych podstaw — są jedynie fantazjami superwizora powstającymi na kanwie fantazji tego terapeuty. (Dzieje się tak zwłaszcza wówczas, gdy superwizor próbuje podsunąć możliwość rozumienia pacjenta lub zachowań w czasie sesji w sposób, „który nie przyszedł na myśl terapeutę”.) Spotkanie, którego przedmiotem pozornie jest superwizowana terapia, z konieczności sprowadza się do konfrontacji narracji terapeuty z narracją superwizora, nie stwarzając szans na jakąkolwiek obiektywizację i zwiększanie trafności ocen.

Niewątpliwie, posługiwanie się opisem spotkania jest pozostałością czasów, w których właściwie nie było innego sposobu uzyskiwania informacji o przebiegu terapii. Obecnie stało się możliwe korzystanie z odtwarzania nagrań lub z obserwacji sesji terapeutycznych przez lustro weneckie. Spostrzeżenia, informacje zwrotne i rady mogą być wtedy znacznie bardziej kompetentne, umożliwiając doprowadzenie do konfrontacji spostrzeżeń superwizora z poglądami terapeuty. Ale mimo że jest to stosunkowo łatwe, nagrywanie sesji budzi ogromny opór. Argumenty, że przeszkadza to pacjentowi czy klientowi, że narusza intymność spotkania, że łatwiej zabezpieczyć notatki niż kasety czy płyty CD przed niepowołanymi osobami itp. są mniej wiarygodne niż pogląd, że taki „świadek” przeszkadza terapeutce, stwarza poczucie bezlitosnego obnażania wszystkich jego błędów. Oczywiście, utrudnia to dopuszczenie superwizora do nawet takiego pośredniego kontaktu z pacjentem. Czy należy zgadzać się na to? Niezadowolenie z siebie i poczucie wstydu są często obecne w życiu terapeuty, być może nawet nieuchronne [3]. Jednak ten, kto dopiero się uczy, ma prawo do błędów, i przypomnienie o tym, uzasadnione łagodzenie wstydu, jest niezbędnym elementem superwizji na równi ze stwarzaniem warunków do ujawniania tych błędów.

Innym z zadań stawianych przed superwizją jest optymalizowanie relacji terapeutycznej, której przypisywane bywa znaczenie głównego czynnika oddziałującego w psychoterapii, takie, jakie kiedyś przypisywano niespecyficznym czynnikom leczniczym (a nie tylko rolę tworzenia warunków, umożliwiających korygowanie zaburzeń). Uczenie tworzenia takich relacji uważane jest więc za niezmiernie ważne.

Założenie możliwości i potrzeby wpływania na styl budowania relacji przez terapeutę opiera się na przekonaniu, że to, co wnosi on w czasie spotkania z superwizorem, jest odbiciem specyfiki relacji, jakie wytwarzają się w toku prowadzonych przez niego terapii, oraz, że prowokowane przez superwizora modyfikacje relacji superwizyjnej mogą zaowocować zmianami stylu relacji tworzonych przez tego terapeutę w jego kontaktach z pacjentami czy klientami. Łączy się to z przeświadczeniem, że zaburzenia pacjenta w relacjach z innymi ludźmi, mające swoje odzwierciedlenie w relacji z terapeutą, znajdują swoje odbicie także w relacji między terapeutą a superwizorem [2]. Przekonanie to odwołuje się do znanej tezy o przymusie powtarzania i znalazło swój wyraz w opisach i dyrektywach dotyczących procesu superwizowania oraz w obserwacjach, mających wskazywać na paralelność procesu psychoterapii i procesu superwizji tych psychoterapii [2, 3, 4]. Wydaje się ono jednak bardzo wątpliwym uogólnieniem pojedynczych obserwacji. Niewątpliwie, niekiedy może dojść do znacznej (patologicznej?) identyfikacji terapeuty z jego pacjentem, trudno jednak uznać takie zjawisko za powszechne, a przekonanie o „paralelności procesów” wydaje się co najmniej słabo uzasadnione.

O ile rzeczywiście można się spodziewać, że zaburzenia funkcjonowania pacjenta w jego środowisku ujawnią się także na spotkaniu terapeutycznym, o tyle nie ma podstaw do domniemania, że te zaburzenia nieuchronnie znajdą swój wyraz także w funkcjonowaniu terapeuty na spotkaniu superwizyjnym, chociażby dlatego, że kształt relacji terapeutycznej i relacji między superwizowanym a superwizorem zależy od funkcjonowania obu osób tworzących tę relację. Dlatego ocena stylu tworzenia relacji, właściwego terapeutce, na podstawie jego funkcjonowania w spotkaniu superwizyjnym jest narażona na znaczne prawdopodobieństwo błędu. Kształtowanie się relacji między superwizowanym a superwizorem zależy w znacznej mierze od superwizora, jego udział jest nie mniejszy (a może

nawet większy) niż superwizowanego terapeuty. Często właśnie superwizor, a nie terapeuta (a tym bardziej nie jego pacjent), bywa źródłem pojawiania się w relacji superwizyjnej np. nuty agresji czy zależności.

Niewątpliwie, modelowanie funkcjonowania terapeuty przez superwizora może obejmować także sposób tworzenia relacji. Jest jednak wątpliwe, czy relacja superwizowany — superwizor może i powinna być taka sama, jak relacja między pacjentem a jego terapeutą. Superwizja jest przecież sytuacją dydaktyczną, w której ten „wiedzący więcej” dzieli się swoim doświadczeniem z uczniem. Czy nie to jest właśnie czynnikiem powodującym, że często psychoterapia w miejsce leczenia zamienia się w przekazywanie leczonemu jakiejś wiedzy, której dysponentem czuje się terapeuta, i czy sprzyja to procesowi terapeutycznemu?

Uważa się, że analiza relacji między terapeutą a jego pacjentem czy klientem w czasie spotkania superwizyjnego może ułatwić obiektywizację specyfiki tej relacji, w tym rozpoznawania przejawów przeniesienia i przeciwprzeniesienia [2, 4, 5]. Bywa to nawet uznawane za jedną z podstawowych funkcji superwizji. Chociaż wskazywanie na przejawy przeniesienia bywa niekiedy użyteczne, trudno uznać taką szczególną okoliczność za główne zadanie superwizji. Wydaje się, że — przeciwnie — częściej reakcje pacjenta wywołane rzeczywistymi zachowaniami terapeuty są obronnie wyjaśniane procesami przeniesieniowymi, a terapeuta nie potrafi dostrzec tego, co jest wynikiem interakcji między zaburzonym funkcjonowaniem pacjenta a jego własnymi zachowaniami (często reakcjami na te zaburzenia). Być może superwizja jest bardziej potrzebna w uprzytomnianiu realnego wkładu terapeuty w powstawanie u pacjentów zaangażowania erotycznego, zależności, zachowań o charakterze agresywnym itp. Jednak bez możliwości bezpośredniego oglądu spotkania terapeutycznego odróżnienie, co w zachowaniach pacjenta jest reakcją na funkcjonowanie terapeuty, a co wyrazem procesów przeniesieniowych, jest bardzo trudne, o ile w ogóle możliwe.

Obok konfrontacji poglądów terapeuty i superwizora czy modelowania stylu tworzenia relacji, za bardzo ważną funkcję procedur superwizyjnych uznaje się procesy analizy trudności, jakie napotyka terapeuta w praktycznym wykorzystywaniu swojej wiedzy, i usuwanie przyczyn tych trudności. To ostatnie często łączy się ze wskazywaniem na dysfunkcjonalność jego przeżywania, zakłócającą prawidłowe spostrzeganie, i przebieg procesu terapii, niekiedy z interwencjami o charakterze psychoterapeutycznym.

W związku z tym, od początku historii superwizji pojawiają się kontrowersje dotyczące stopnia, w jakim ma ona służyć konfrontacji opinii dotyczących diagnozy i procesu terapeutycznego, a w jakim eksplorowaniu przeżyć terapeuty [9, 10]. Sprowadzają się one do poszukiwania granic między procesem superwizowania a własną psychoterapią superwizowanego. Obecnie na ogół uważa się, że korygowanie zakłócających elementów przeżywania i cech osobowości terapeuty — terapia treningowa — powinno być wyraźnie oddzielone od procesu superwizowania. Słuszność tej zasady nie jest jednak wcale oczywista.

Superwizja jest sytuacją, w której ujawniają się zaburzenia schematów poznawczych, emocje zakłócające relacje z pacjentem, cechy osobowości terapeuty zakłócające funkcjonowanie w roli zawodowej itp. Ograniczanie się do wskazywania na istnienie takich obszarów trudności i zalecanie superwizowanemu podjęcie pracy nad nimi w terapii indywidualnej wydaje się wątpliwym rozwiązaniem. Wiedza superwizora o istotnych dla

procesu terapeutycznego dysfunkcjach terapeuty jest nieraz większa niż ta, którą może uzyskać psychoterapeuta prowadzący terapię treningową, zwłaszcza skoncentrowaną na introspekcji. Pomijając sytuacje zaburzeń, wymagających leczenia przyszłego terapeuty, być może terapia treningowa — poznawanie siebie i korekta dysfunkcji w interakcjach — powinna być integralną częścią procesu superwizyjnego?

W gruncie rzeczy superwizor z konieczności zajmuje się bardziej funkcjonowaniem superwizowanego niż prowadzoną przez niego terapią, którą zazwyczaj zna tylko z opowieści, „z drugiej ręki”. Czy nie jest więc mitem, że superwizja jest czymś z gruntu odmiennym od „terapii własnej”, że ich łączenie utrudnia proces kształcenia? Czy obecne w praktyce superwizowania elementy korygowania zakłóceń przeżywania, np. schematów poznawczych czy cech osobowości superwizowanego, są rzeczywiście kardynalnymi błędami, popełnianymi przez niektórych nauczycieli? Czy zasada powierzania terapii treningowej innej osobie, a superwizji innej, jest rzeczywiście w pełni uzasadniona?

Do wielu mitów, związanych z procesami superwizowania, należy, jak się wydaje, także pogląd, że superwizja indywidualna i grupowa mogą pełnić identyczne funkcje. Niewątpliwie ta druga ułatwia poszerzenie wiedzy klinicznej przez poznawanie problemów osób leczonych przez koleżanki i kolegów. Stanowi także znaczące oparcie środowiskowe. Czy jednak może równie skutecznie prowadzić do odsłonięcia i usuwania trudności, jakie napotyka terapeuta w procesie psychoterapii? A jeśli — jak to często bywa — spotkanie grupy staje się superwizją indywidualną w obecności i przy udziale innych uczestników, czy nie zmniejsza to efektywności takiej procedury?

Podobnie, wydaje się wątpliwe przekonanie, że superwizor nie powinien nadzorować pracy superwizowanego i narzucać mu sposobu oddziaływań terapeutycznych, bezpośrednio wpływać na przebieg terapii, a w żadnym wypadku nie powinien być przełożonym superwizowanego (choćby z dlatego, że formalna zależność wzbudza lęk przed ujawnianiem swoich trudności). W konsekwencji, superwizora poszukuje się poza instytucją, w której pracuje superwizowany. Ale równocześnie — ze względu na dobro pacjenta czy klienta — od superwizora oczekuje się wzięcia odpowiedzialności za przebieg terapii prowadzonej przez niedoświadczonego ucznia. Zwłaszcza jeśli ta kształcąca się osoba dzięki pomocy superwizora uzyskuje uprawnienia do zawierania kontraktów z NFZ. Superwizor oczekuje od terapeuty akceptacji propozycji, a raczej wskazań dotyczących realizowania zalecanego kierunku terapii itp., sprawdza, w jakiej mierze uczeń „wykorzystał poprzednie spotkanie”, jego „gotowość do korzystania z superwizji” itp. Z realizacją takich zaleceń bywa różnie, zależy to zarówno od podporządkowania, jak i od możliwości, umiejętności terapeuty. Znane z terapii rodzin interwencje superwizora, przerywającego spotkanie w celu poinstruowania terapeuty, co ma robić, budzą uzasadnioną krytykę. Ale zasada rezygnacji z nadzorowania przebiegu terapii przy jednoczesnym obowiązku odpowiedzialności za ten przebieg prowadzi do sprzeczności, która nie jest racjonalnie rozwiązywana. Najczęściej dochodzi do tego, że odpowiedzialność superwizora za przebieg terapii jest — z konieczności — bardziej lub mniej fikcyjna. Może odpowiedzialność za prawidłowy przebieg terapii nie powinna być powierzana superwizorowi, lecz osobie mogącej pełnić „nadzór ordynatorski” i zobowiązanej do ingerowania w proces kształcenia, także w kierunek i treść superwizji.



Być może wszystko — udzielanie oparcia, nadzór i kontrola pierwszych prowadzonych terapii, uczenie rozumienia pacjenta i mechanizmów procesu terapeutycznego, uczenie terapeuty introspekcji, umiejętności dostrzegania znaczeń objawów i ukrytych informacji zawartych w wypowiedziach oraz budowania spójnych, możliwie trafnych hipotez interpretacyjnych, posługiwania się rozmaitymi technikami, werbalnymi i niewerbalnymi, optymalizacji stylu tworzenia relacji z pacjentem itp. — powinno być oferowane przez jednego nauczyciela psychoterapii, mistrza, pełniącego wiele ról, może także tą kontrolną. W praktyce zresztą przecież często tak właśnie się dzieje, a proporcje między tymi funkcjami spotkań superwizyjnych są zależne nie tylko od stylu pracy superwizora i od tego, jak spostrzega on potrzeby superwizowanego, lecz także od uwarunkowań instytucjonalnych. Nie ma powodu zakładać, że nieuchronnie musi dojść do konfliktu między tymi rolami i że mądry nauczyciel psychoterapii nie zdoła poradzić sobie z tą różnorodnością. Ale może jednak byłoby lepiej, gdyby superwizor przestał pełnić rolę mistrza, jedynej osoby odpowiedzialnej za to, kim stanie się uczeń. Może rozmaite funkcje przypisane procesowi superwizyjnemu powinny zostać rozdzielone między kilku nauczycieli zawodu, pod warunkiem stałej wymiany informacji o okolicznościach i postępach kształcenia?

W systemie szkolenia psychoterapeutów, jaki uformował się w ciągu 60 lat istnienia Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP, superwizja pełni wyróżnioną, główną funkcję w procesie formowania terapeutów — dydaktyczną i konsultacyjną, ma pomagać w budowaniu leczących relacji interpersonalnych, w poznawaniu i rozumieniu własnych reakcji emocjonalnych itp. Ale czy nie oczekujemy od niej zbyt wiele, a czasem nawet czegoś, czego dać nie może? Czy jej miejsce i rola, niejasne i chyba nieadekwatne oczekiwania od niej, nie są jedną z głównych przyczyn niedomagań tego systemu?

Przed wszystkim trudno uzasadnić sztywny wymóg 150 sesji superwizyjnych. Dlaczego właśnie 150? A jaka powinna być proporcja liczby sesji z pacjentem do liczby superwizji? Czy superwizja nie powinna inaczej przebiegać wówczas, gdy ma przygotowywać terapeuta do pracy w opiece zdrowotnej (co powinno się wiązać z przekazywaniem uczniowi doświadczenia klinicznego, którym powinien dysponować superwizor), a zupełnie inaczej, gdy terapeuta przygotowywany jest do pracy np. ze „zdrowymi klientami” [11]? A może główną — jeśli nie jedyną — funkcją superwizji powinno być ujawnianie trudności napotykanych przez terapeuta w przebiegu procesu psychoterapeutycznego i pomaganie mu w przezwyciężaniu przyczyn tych trudności, niezależnie od tego, czy pojawiają się one w toku pomagania czy leczenia?

Czy, wobec znacznego rozbudowania i różnorodności kształcenia (oraz dalszych jego modyfikacji, oczekiwanych w przypadku uchwalenia ustawy regulującej zawód psychoterapeuty), rekomendacja właśnie superwizora nadal ma decydować o przystąpieniu do egzaminu umożliwiającego uzyskanie certyfikatu? Może rekomendować powinna np. osoba odpowiadająca za całe szkolenie, obserwująca jego przebieg, oceniająca wiedzę i doświadczenie kliniczne adepta oraz jego gotowość do samodzielnego prowadzenia terapii?

Niezależnie od tego, jak odpowiemy sobie na stawiane tu pytania, sądzę, że bez superwizji nie można zostać kwalifikowanym psychoterapeutą. Warto jednak rozważyć, jak zmodyfikować nasze wyobrażenia o procesie superwizyjnym tak, by optymalnie sprzyjał on rozwojowi psychoterapeutów i psychoterapii.

**Piśmiennictwo**

1. Hutto B. Some lessons best learned from psychotherapy supervision. *Psychiatric Times* 2001; 18: 7.
2. Gilbert MC, Evans K. *Superwizja w psychoterapii*. Gdańsk: GWP; 2005.
3. Alonso A, Rutan JS. Shame and guilt in psychotherapy supervision. *Psychother. Theory, Res. Pract.* 1988; 25; 4: 576–581.
4. Schafer R. *The analytic attitude*. New York: Basic Books; 1983.
5. Arlow JA. The supervisory situation. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1963; 2: 576–594.
6. Buckman JR, Barker C. Therapeutic orientation preferences in trainee clinical psychologists: personality or training. *Psychother. Res.* 2010; 20 (3): 247–258.
7. Paul D, Guest PD, Beutler LE. Impact of psychotherapy supervision on therapist orientation and values. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1988; 56, 5: 653–658.
8. Kernberg OF. Trzydzieści sposobów zniszczenia kreatywności kandydatów na psychoanalityków. *Psychiatr. Psychoter.* 2005, 1 (2).
9. Ladany N, Friedlander M, Nelson M. *Critical events in psychotherapy supervision*. Washington: APA; 2005.
10. Spiegel D, Grunebaum H. Training versus treating the psychiatric resident. *Am. J. Psychother.* 1977; 31, 4: 618–625.
11. Freitas GJ. The impact of psychotherapy supervision on the client outcome: a critical examination of 2 decades of research. *Psychother. Theory Res. Pract. Training* 2002; 39, 4: 354–367.

Adres: Katedra Psychoterapii UJ CM  
Lenartowicza 14, 31-138 Kraków